FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1930-1931

THÈSE

N° 55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1931, à 18 heures

PAR

BACHY Jean-Paul-Léon-Émile

Né le 11 Juillet 1906, à FOURMIES (Nord)

CONTRIBUTION à l'Étude des Hématomes spontanés du Muscle grand droit de l'Abdomen

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'Enseignement médical

Président de la thèse : M. VANVERTS,

Suffragants : MM. LEGRAND, SWYNGHEDAUW, PIQUET.

LILLE

Imprimerie L. DANEL
93, Rue Nationale

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1930-1931

THÈSE

N° 55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juillet 1931, à 18 heures

PAR

BACHY Jean-Paul-Léon-Émile

Né le 11 Juillet 1906, à FOURMIES (Nord)

CONTRIBUTION
à l'Étude des Hématomes spontanés du Muscle grand droit de l'Abdomen

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'Enseignement médical

Président de la thèse : M. VANVERTS,

Suffragants : MM. LEGRAND, SWYNGHEDAUW, PIQUET.

LILLE

Imprimerie L. DANEL
93, Rue Nationale

1931

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✪). — *Assesseur :* M. E. Gérard (✲ I. ✪).

Clinique médicale	MM. Carrière (O. ✲, I. ✪),	professeur.
	Minet (I. ✪),	id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O. ✲, ⚕, I. ✪),	id.
	Lambret (C. ✲, I. ✪),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilitiques	Charmeil (✲, I. ✪),	id.
Clinique obstétricale	Bué (✲, I. ✪),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (✲, I. ✪, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (✲, ⚕, I. ✪),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale	Ingelrans (I. ✪),	id.
Physiologie	Dubois (I. ✲,	id.
Anatomie	Cordier (A. ✪),	id.
Histologie	Debeyre ((O. ✲, ⚕, I. ✪, ✠)	id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (✲, I. ✪),	id.
Chimie organique	Polonowski (A. ✪, ⚕),	id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (✲, I. ✪, ⚕, ✠)	id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest), (✲, I. ✪),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique	Desoil (✲, I. ✪),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (✲, I. ✪),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	Le Fort (C. ✲, ⚕, I. ✪, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique	Raviart (✲, I. ✪),	id.
Clinique médicale infantile	Pierret (I. ✪),	id.
Thérapeutique	Doumer Ed. (⚕, A. ✪),	id.
Médecine opératoire	Vanverts (✲, I. ✪),	id.
Hygiène et Bactériologie	Legrand (A. ✪, ✠),	id.
Médecine légale	Leclerq (✲, ⚕, I. ✪),	id.
Hydrologie et Crénothérapie	Duhot (I. ✪),	id.
Physique médicale	Fabre (✲, I. ✪),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :
MM. Morvillez (I. ✪) ; P. Combemale (A. ✪). ; Lavier (⚕, A. ✪).

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique	MM. Painblan (✲, I. ✪),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Debeyre (O. ✲, ⚕, I. ✪),	id.
Chimie analytique	Giberton,	id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (A. ✪),	id.
Parasitologie	Lavier (⚕, A. ✪),	id.
Déontologie	Bertin (✲, I. ✪),	id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✲, I. ✪), Combemale (O. ✲, I. ✪, M.), P. Charmeil (✲, I. ✪).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✲, I. ✪), Calmette (C. ✲), Lescœur (I. ✪), Baudry (✲, I. ✪, ✠), Debierre (✲, I. ✪), Doumer (✲, I. ✪), Curtis (✲, I. ✪), Lemoine (✲, I. ✪), Bédart (O. ✲, I. ✪, ✠), Combemale (O. ✲, I. ✪ M).

Agrégés en exercice : MM. Gérard, M. (⚕, ✠, I. ✪), Delannoy (A. ✪), Paquet (⚕, I. ✪), Bertin (✲), Swynghedauw (✲, ⚕, I. ✪), Auguste (A. ✪), Gernez, Nayrac, Granclaude (✲), Giberton, Thomas, Piquet.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878.)

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage d'affection
et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VANVERTS

Professeur de Médecine opératoire

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY

Monsieur le Professeur LEGRAND

Professeur d'Hygiène et de Bactériologie

Monsieur le Professeur Agrégé SWYNGHEDAUW

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé PIQUET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur GAUDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Externat 1927-1928

En reconnaissance de la bienveillante sympathie qu'il m'a toujours témoignée.

A Monsieur le Professeur LAMBRET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Externat 1928

A Monsieur le Professeur POTEL

Professeur de Pathologie Externe
Chevalier de la Légion d'Honneur

Externat 1928-29

A Monsieur le Professeur LEFORT

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Externat 1929

A Monsieur le Professeur COMBEMALE

Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Internat provisoire 1929-30

A Monsieur le Docteur MACQUET

A Monsieur le Docteur LIBERSA

A Monsieur le Docteur DESPRETZ

A Monsieur le Docteur BEGHIN

A Monsieur le Docteur BATHIAT

A Monsieur le Docteur MERLIN

A Monsieur le Docteur LEJEUNE

En reconnaissance de leur
bienveillante amitié.

A MES MAITRES D'INTERNAT

Monsieur le Professeur Agrégé NAYRAC

Monsieur le Docteur MOREL

Monsieur le Docteur PATOIR

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND DUBOIS

Arrivé au terme de mes études médicales
j'apprécie tout ce que je lui dois.

AVANT PROPOS

Qu'il me soit permis de remercier Monsieur le Professeur Vanverts à qui je dois toute ma reconnaissance. Je ne saurai jamais oublier, qu'en Mars 1923, il est venu de Lille m'opérer à Fourmies, d'une appendicite aiguë. Grâce à son habileté professionnelle, grâce à ses soins éclairés, je peux aujourd'hui, présenter la thèse qu'il a bien voulu accepter de présider. Appréciant à sa valeur l'honneur qu'il m'a fait, je lui adresse l'hommage de mon profond respect.

Je remercie tout particulièrement mon Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Swynghedauw dont depuis plus d'un an j'ai l'honneur d'être l'interne. Plus que tout autre, il a contribué à ma formation médicale. C'est lui qui m'a inspiré cette thèse, et qui m'a assisté de ses conseils avisés. Chaque jour m'apporte une nouvelle preuve de sa bienveillance et de sa confiance. Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon entier dévouement.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur Legrand pour l'accueil aimable qu'il m'a toujours réservé, et l'honneur qu'il a bien voulu me faire aujourd'hui.

Je suis vivement reconnaissant à Monsieur le Professeur Agrégé Piquet, d'avoir bien voulu accepter de faire partie de mon Jury.

Toute ma gratitude est acquise à Monsieur le Professeur Agrégé Nayrac et à Messieurs les Docteurs Morel et Patoir, pour la conscience et l'amabilité avec lesquelles ils m'ont préparé à l'internat.

C'est avec regret que je vois approcher le moment où il me faudra quitter l'internat de l'Hôpital de Seclin. Le souvenir de l'année passée avec mes amis Gest et Dufresne, me restera particulièrement cher.

INTRODUCTION

L'hématome du muscle grand droit de l'abdomen, est un épanchement sanguin qui se produit dans la gaine de ce muscle : hématome pré-musculaire si l'épanchement est superficiel, hématome rétro-musculaire si l'épanchement est profond.

Cet hématome est traumatique ou spontané.

Traumatique : Il survient à la suite d'un choc direct sur le muscle : coup de pied de cheval sur la paroi abdominale, lésion directe du muscle au cours d'une intervention chirurgicale, soit après un violent effort musculaire, c'est l'hématome classique des jeunes sportifs qui se livrent aux exercices du saut (hématome des fantassins, Pochhammer) ou d'équitation (hématome des cavaliers, Cathelin).

Spontané : L'hématome ne survient pas à la suite d'un traumatisme important, c'est sans doute un traumatisme qui est la cause immédiate de l'hématome, mais ce traumatisme est toujours bénin, c'est une quinte de toux, un éternuement, un mouvement habituel, effort musculaire léger qui ne peut en aucune façon se comparer à celui nécessité par le saut ou l'équitation, et qui laisse supposer qu'une autre cause est intervenue, cause sans laquelle il eut été impossible à l'hématome de se produire.

Par hématome spontané, il faut entendre tout hématome survenant à la suite d'un traumatisme des plus minimes. L'hématome spontané comprend aussi bien l'hématome survenant au cours de la grossesse ou d'une fièvre typhoïde, que celui survenant chez un individu atteint d'une affection chronique (cirrhose ou artério-sclérose) ou l'hématome survenant chez un individu en bonne santé apparente.

Les hématomes traumatiques, qui se manifestent souvent par une symptomatologie restreinte, qui guérissent sans intervention chirurgicale en 8 ou 10 jours sous l'influence de pansements chauds et compressifs, dont l'étiologie, la symptomatologie et la pathogénie sont bien connues depuis longtemps, sont d'un intérêt restreint.

Les hématomes spontanés, dont la symptomatologie bruyante rappelle parfois celle du grand drame abdominal, dont le diagnostic, difficile bien souvent, n'est fait que lors de l'intervention chirurgicale, dont l'étiologie et la pathogénie prêtent encore aujourd'hui à discussion, présentent plus d'intérêt et seuls feront l'objet de notre travail.

ÉTIOLOGIE

L'Hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen pour n'être pas une affection fréquente est loin d'être exceptionnel.

En parcourant la littérature médicale de ces vingt dernières années, nous avons pu relever vingt et une observations ou résumés d'observations d'hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen. C'est en nous fondant sur ces observations et sur les réflexions qu'elles ont inspirées à leurs auteurs que nous avons rédigé notre travail. A côté de ces cas, un certain nombre de faits ont été cités par les auteurs qui ont étudié ces hématomes. Carey Culbertson rapporte quarante et un cas d'hématomes survenus chez des femmes. Wehik, à la clinique chirurgicale de Dorpat, observe dix-sept cas d'hématomes et d'abcès de la paroi abdominale antérieure. Hilgereiner rapporte sept cas d'hématomes spontanés chez les vieillards. D'autre part, nous avons noté trente-cinq indications bibliographiques se rapportant à ces hématomes. Nous nous trouvons donc en présence de cent vingt et un cas d'hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen.

Les hématomes se rencontrent dans les deux sexes, un peu plus souvent chez les femmes, la grossesse est un facteur étiologique sur lequel de nombreux auteurs ont insisté.

Les hématomes spontanés du grand droit reconnaissent une étiologie variée. On les rencontre :

1° Au cours ou à la suite de la grossesse.

2° Au cours ou à la suite de maladies infectieuses.

3° Dans les affections chroniques.

4° Chez des individus en bonne santé apparente.

1° *Hématomes survenant au cours ou à la suite de la grossesse.* — L'hématome s'observe soit au cours de la gestation, soit un temps plus ou moins long après l'accouchement. Dans l'observation de Sjöklen, c'est dans les derniers jours de sa gestation qu'une femme secondipare, après un effort, fait un hématome du grand droit dans la région sus pubienne gauche. Weitz rapporte le cas d'une femme de trente-huit ans ayant eu cinq accouchements pénibles, qui, après un faux pas, présente un volumineux hématome de la gaîne du grand droit.

Sur les quarante et une femmes dont Carey Culbertson rapporte l'observation, vingt-neuf n'étaient pas enceintes, douze étaient enceintes ou récemment accouchées. Quinze malades avaient eu des enfants.

2° *Hématomes survenant au cours ou à la suite des maladies infectieuses.* — Nombreuses sont les maladies infectieuses au cours desquelles il a été donné d'observer des hématomes de la paroi abdominale antérieure. Ce sont : la fièvre typhoïde, la dysenterie, la variole, la malaria, la gonococcie, la pneumonie, l'infection puerpérale. Ce n'est pas toujours au cours d'une infection grave, on a observé des hématomes au cours de la

grippe saisonnière banale; Hartmann en signale un consécutif à un panaris, Scriba, un autre à la suite d'un abcès dentaire.

Ces hématomes surviennent au cours d'une maladie infectieuse et ne sont qu'un épiphénomène de cette affection, ou bien ils surviennent tardivement, et c'est avec soin qu'il faut rechercher dans les antécédents du malade l'affection qui est à l'origine de l'hématome observé.

3° *Hématomes survenant dans les affections chroniques.* — Ces hématomes surviennent chez des personnes âgées, le plus souvent des femmes, aux environs de la soixantaine, malades atteintes d'affections chroniques, artério-sclérose le plus souvent, diabète, leucémie, affection hépatique plus ou moins accentuée, depuis la cirrhose jusqu'aux affections hépatiques latentes caractérisées par une simple dyscrasie sanguine dont l'hématome peut être la seule manifestation. Carey Culbertson cite neuf fois l'obésité comme cause probable de l'hématome.

4° Enfin, dans un certain nombre de cas, en dehors de cette cause déterminante, traumatisme léger, aucune notion étiologique précise n'a pu jusqu'ici être mise en évidence.

Dans tous les cas, la cause déterminante est insignifiante : une quinte de toux, un éternuement, un simple mouvement pour se retourner dans le lit. A. Vidal de Cassis rapporte un cas d'hématome spontané qui s'est produit au cours du coït.

La malade qui fait l'objet de notre observation, se livrait à ses occupations quotidiennes de ménagère quand elle ressentit une vive douleur dans l'abdomen, premier symptôme de l'hématome qui devait achever de se constituer quelques jours plus tard au cours d'une quinte de toux.

PATHOGÉNIE

La Pathogénie des hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen est un problème qui au premier chef a intéressé les auteurs qui ont observé des malades atteints de cette affection.

On peut schématiquement ranger sous quatre titres les hypothèses pathogéniques qui ont été envisagées :

1° Rupture veineuse ;

2° Rupture artérielle ;

3° Rupture musculaire secondaire à une myosité ;

4° Hémorragie dyscrasique.

1° Rupture veineuse

(*Théorie du coup de fouet épigastrique de Devé*).

Devé, étudiant la pathogénie des hématomes spontanés survenus chez des malades atteints de cirrhose atrophique de Laënnec, émit « l'hypothèse d'une rupture de quelque veine musculaire pariétale, devenue plus ou moins variqueuse du fait de la circulation collatérale vicariante. En effet, à côté du réseau veineux sous-cutané irradiant de l'ombilic en dessinant la classique tête de Méduse, existent bien certainement des phlébectasies pariétales profondes, intra-musculaires, jusqu'ici laissées dans l'ombre par les anatomo-pathologistes. Pareil accident serait, en somme, au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique,

l'analogue du coup de fouet des variqueux ; seulement, au lieu de se passer dans le mollet, il se passerait dans la région supérieure de la paroi abdominale » (Devé).

Verneuil a montré que la douleur brusque survenant à l'occasion d'une contraction énergique des muscles extenseurs du pied, ainsi que l'hématome intra-musculaire et sous-cutané qui lui fait suite, est due non pas à une rupture des muscles jumeaux comme on le croyait alors, mais bien à la rupture des varices profondes.

Cette théorie séduisante paraît donner une explication satisfaisante de la vive douleur initiale et de la situation de l'hématome au niveau du tiers supérieur du muscle grand droit, fait constant dans les cinq observations d'hématomes chez les hépatiques relatées par Poulain, et dans les deux cas publiés par Carnot. L'hématome siège « sur le trajet des anastomoses veineuses profondes allant du groupe des veines ombilicales, para-ombilicales et portes accessoires de la faux du péritoine, aux veines mammaires internes » (Devé).

Pour confirmer cette théorie, il faudrait prouver anatomiquement l'existence des dilatations variqueuses au niveau de ces veines pariétales intra-musculaires. D'autre part, cette explication ne saurait valoir que dans les cas d'hématomes survenant chez des sujets atteints de cirrhose atrophique de Laënnec, génératrice du syndrome d'hypertension portale.

2° Rupture artérielle

Kotzareff remarque que les hématomes siègent presque toujours à droite, et que d'autre part ils se

produisent chez des sujets présentant des troubles vasculaires d'ordre général : hypoplasie artérielle, artériosclérose généralisée, artérite chronique. Pour lui, l'hématome du grand droit est consécutif à une rupture de l'artère épigastrique, mais de l'artère épigastrique malade, de parois faibles, par places rétrécie, par places dilatée, dont la tunique moyenne, seule capable de résister à l'impulsion systolique, a perdu élasticité et tonicité. Qu'une cause locale vienne éprouver cette artère, elle se distendra davantage, la rupture sera imminente. Cette cause locale sera la grossesse ou un effort musculaire.

La grossesse provoque une grande distension des parois abdomino-latérales, première cause mettant en état de moindre résistance l'artère épigastrique qui n'a pas l'avantage d'être tortueuse comme le sont d'autres artères, les branches de la carotide externe, par exemple, qui suivent les distensions musculaires se produisant lors de la mastication, de la parole ou du chant.

En second lieu, à la fin de la grossesse, certains auteurs (Reymond) admettent une hypertension artérielle, le pouls est plus dur, plus dépressible, plus fréquent. La stase de la circulation veineuse de la partie sous-ombilicale du corps est fréquente.

Enfin l'utérus, à partir du quatrième ou du cinquième mois de la grossesse, se déviant latéralement, s'inclinant à droite, comprime plus fortement la paroi latérale droite de l'abdomen : circonstance qui explique la plus grande fréquence de l'hématome dans la partie droite de l'abdomen.

Un métier, exigeant de violents efforts de la part du muscle grand droit de l'abdomen, peut aggraver au niveau de l'artère épigastrique une affection vasculaire généralisée. Cette artère épigastrique ainsi rendue plus fragile se rompt alors plus facilement sous l'influence d'une quinte de toux, d'un éternuement ou d'un mouvement inusité.

La malade dont Kotzareff rapporte l'histoire, était une femme de quarante-deux ans ayant eu quatre accouchements dont deux grossesses gémellaires. A l'intervention chirurgicale, on constata une rupture du tronc même de l'artère épigastrique. Il en fut de même dans les observations d'Emmerson, de Schumann et de Jentzer. Dans celle de Patel, c'était une branche de l'artère épigastrique. L'examen anatomo-pathologique de l'artère épigastrique de la malade de Jentzer montra qu'il s'agissait de la rupture d'un anévrisme de cette artère.

La malade de Kotzareff revue deux ans après l'intervention qu'elle subit, se plaignait alors de maux de tête très violents surtout localisés à la région occipitale, une contrariété ou un travail un peu fatigant provoquait de la céphalée. Elle avait des vertiges, sa vue diminuait, son champ visuel était rétréci. Le pouls radial était dur, dépressible, 80 pulsations à la minute, la pression artérielle était légèrement supérieure à la normale.

L'hématome spontané qu'elle présenta était vraisemblement dû à la rupture d'un anévrisme de son artère épigastrique sclérosée, premier signe de l'artério-sclérose qu'elle devait présenter plus tard.

3° Rupture musculaire secondaire à une myosite

(primitive ou consécutive à une artérite)

a) Une fragilité particulière du tissu musculo-tendineux a été signalé par Durand à propos d'un cas d'hématome du grand droit consécutif à une rupture spontanée du muscle. Dans cette observation, le malade s'était fait successivement, à l'occasion de mouvements sans violence, une rupture de biceps, d'un muscle de l'avant-bras, et du long extenseur du pouce.

b) *Myosite infectieuse.* — Suivant la gravité de l'infection, deux éventualités peuvent se présenter :

1° *Myosite phlegmoneuse.* — Les fibres musculaires sont en masse détruites par l'agent pathogène ; le type de cette myosite phlegmoneuse est l'abcès typhique de Zenker, réalisé expérimentalement par Sabrazès et Pauzat, par injections intra-musculaires de bacilles typhiques au lapin. Dix-huit heures après l'injection, les auteurs constataient une myosite suppurée caractérisée par une turgescence, un morcellement, une homogénéisation de la fibre musculaire frappée de dégénérescence avec effondrement des gaines du sarcolème et prolifération des noyaux du sarcoplasme.

2° Mais le plus souvent, la myosite n'aboutit pas à la dégénérescence Zenkérienne. Les muscles sont pâles, gris sale ou gris rougeâtre, rappelant l'aspect de la chair de poisson. Ils sont friables et cassants.

Le processus initial est une artérite qui entraîne secondairement une dégénérescence cirreuse ou gra-

nuleuse de la fibre musculaire ischémiée, le muscle est friable, prêt à se rompre. La rupture se fait le plus souvent au niveau du tiers inférieur et provoque un hématome qui secondairement peut suppurer. Nous avons vu au chapitre de l'étiologie que si les malades chez qui surviennent les hématomes spontanés sont en apparente bonne santé, on a très fréquemment relevé dans leurs antécédents l'existence d'une maladie infectieuse, grave ou bénigne, susceptible d'avoir entraîné au niveau du muscle grand droit des lésions d'artérite et de myosite qui, à l'occasion d'un effort musculaire, donneront naissance à un hématome.

c) Myosite scléreuse. — Les muscles des femmes enceintes multipares peuvent être considérés comme des muscles atteints de myosite. Distendus pendant la grossesse, les muscles grands droits sont anémiés, envahis par de petites plages de sclérose dues à de petites ruptures musculaires interstitielles.

Plisson rapprocha fort ingénieusement l'hématome traumatique de l'hématome spontané consécutif à la grossesse. Il pensait que les chocs répétés de la paroi abdominale dans le mouvement de sauter à cheval sans étrier amènent les ruptures musculaires partielles interstitielles qui sont le point de départ d'une rupture plus importante lors de la contraction des grands droits pendant les exercices d'équitation.

Certaines professions exposent peut-être les individus qui les exercent à des contusions légères mais répétées de la paroi abdominale. En Allemagne, Pochhammer et Kern publient les faits d'hématomes du grand droit de l'abdomen, sous le vocable de Schleifsteinexsudate :

exsudat des rémouleurs. Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de cas d'hématomes se rapportant à des rémouleurs. Boppe qui a compulsé de nombreuses observations d'hématomes traumatiques et spontanés, et d'abcès du grand droit de l'abdomen, n'a pas été plus favorisé que nous. Le malade de Bonnecaze était cordonnier : le cordonnier est toujours penché en avant, d'autre part il appuie contre l'abdomen la chaussure sur laquelle il travaille. Ces petites contusions répétées sur un muscle sont capables d'entraîner une dégénérescence granulo-graisseuse de ce muscle.

4° **Hémorragie dyscrasique**

Loeper et Turpin ont considéré l'hématome du grand droit comme une manifestation clinique du syndrome d'hypo-coagulabilité des hépatiques. Dans l'observation qu'ils rapportent, ils ont fait la preuve hématologique de l'hypothèse pathogénique qu'ils suggéraient.

Il s'agissait d'un hématome du grand droit et du psoas survenu chez un éthylique de 61 ans atteint de cirrhose hypertrophique avec ascite et splénomégalie. Le résultat des recherches hématologiques fut le suivant :

Anémie intense : 1.800.000 globules rouges sans modification morphologique de ces globules.

Plaquettopénie : 80.000.

Leucocytose modérée.

Fragilité globulaire marquée.

Allongement du temps de coagulation.

Irrétractilité et redissolution complète du caillot.

Signe du lacet négatif.

Donc, présence d'un syndrome d'hypocoagulabilité sanguine sans insuffisance endothéliale.

Chez la malade faisant l'objet de son observation, Kotzareff nota quelques troubles de la coagulabilité sanguine : le lendemain de l'intervention chirurgicale, toutes les parties du corps qui avaient été en contact avec la table d'opération, étaient couvertes d'ecchymoses. La malade déclara que si elle tombait ou si elle était pincée ou heurtée, elle avait immédiatement des bleus à la région pincée ou heurtée. A la suite d'une prise de sang, il se forma, le lendemain, une tâche ecchymotique de l'étendue d'une pièce de deux francs suisses. Kotzareff rechercha la durée du temps de coagu'ation de cette malade, il trouva un léger retard.

La malade que nous avons observée, présentait également des troubles hématologiques. Elle aussi faisait des ecchymoses avec une grande facilité. Lors d'une avulsion dentaire, elle eut une hémorragie très importante. Nous avions l'intention de pratiquer chez elle les recherches hématologiques classiques ; en particulier, nous voulions étudier le temps de coagulation : elle s'y est refusée. Nous n'avons pu pratiquer que le signe du lacet qui s'est montré négatif, et l'épreuve de Duke qui nous permit de constater que le temps de saignement expérimental était normal.

Le malade de Bonnecaze ne présentait pas d'allongement de son temps de coagulation.

Il serait intéressant d'étudier la coagulabilité sanguine chez les malades atteints d'hématomes du grand droit de

l'abdomen. A part les cas que nous venons de citer, les observations publiées sur cette question sont muettes au sujet des recherches hématologiques.

L'étude de la symptomatologie révèle une forme clinique d'hématomes spontanés très intéressante au point de vue pathogénique. Il s'agit de ces hématomes se constituant par petites poussées successives. Ce mode de constitution est en particulier noté dans les observations de Kotzareff, de Schumann, de Pinner et dans la nôtre; il semble être un argument en faveur de l'hypothèse suivante: au niveau du muscle grand droit préparé à la rupture par des lésions de myosite infectieuse ou scléreuse, se produiraient, sous l'influence d'un traumatisme d'intensité variable, de petites ruptures parcellaires discrètes, point de départ de l'arrachement et de la rupture des fragiles petites branches de l'artère épigastrique, ou parfois de l'artère épigastrique elle-même. Les troubles de dyscrasie sanguine joueraient un rôle secondaire en ce sens qu'ils faciliteraient l'hémorragie après la déchirure musculaire ou artérielle.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'hématome spontané du grand droit de l'abdomen diffère totalement selon qu'il s'agit d'un hématome superficiel ou d'un hématome profond rétro-musculaire.

Dans les deux cas, le début est en général brutal, caractérisé par une douleur atroce, violente, dans l'abdomen; mais, alors que dans le cas d'hématome superficiel cette douleur est à peu près le seul signe fonctionnel, dans le cas d'hématome rétro-musculaire au contraire, elle s'accompagne de tout le grand cortège symptomatique caractérisant le grand drame abdominal.

Hématomes superficiels.

A la phase initiale, la douleur est le signe capital de ces hématomes : c'est une douleur atroce, pongitive voire même syncopale, dans la région abdominale, interdisant tout mouvement au malade qui est obligé d'interrompre les occupations auxquelles il se livrait pour se mettre au lit.

Ce début brutal se rencontre dans presque tous les cas. Cependant, l'hématome peut se constituer insidieusement ; certains hématomes ne se manifestent que quelques jours après l'effort inusité qui leur a donné naissance : le malade ressent une certaine gêne, une douleur imprécise dans le ventre et constate la

présence d'une tuméfaction au niveau de la paroi abdominale. Tel le malade de Lenormant, ouvrier de trente-huit ans qui entre à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse de la région sous ombilicale gauche, apparue une huitaine de jours à la suite d'un « effort ». Ou bien les signes fonctionnels sont si minimes qu'ils ne retiennent pas l'attention du malade, l'hématome est remarqué au cours d'un examen général, ou à l'occasion d'une complication fréquente de ces hématomes : la suppuration.

La douleur spontanée, intense du début, s'est assez rapidement apaisée sous l'influence du repos, et le malade consulte son médecin pour une tuméfaction douloureuse au niveau de l'abdomen.

L'importance de la tuméfaction est variable, tantôt de la grosseur de la tête d'un enfant (observation de Blond) tantôt de celle du poing ou d'une noisette. Généralement sa forme est régulière, arrondie ou plus ou moins ovoïde, parfois légèrement aplatie en galet.

En découvrant le malade, le regard sera parfois frappé par une tuméfaction faisant saillie, soit à droite (le plus souvent) soit à gauche de la ligne blanche. La palpation ayant repéré le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, montrera que la tuméfaction siège au dedans de cette limite.

La consistance est généralement ferme, rénitente, même franchement dure pendant les premiers jours qui suivent l'apparition de l'hématome. Plus tard elle peut perdre de sa consistance et devenir molle, demi-fluctuante.

Deux ou trois jours après l'apparition de la tumé-

faction, on a pu noter parfois une teinte légèrement ecchymotique des téguments (observations de : Blond, Fothergill, von Renner, Bonnecaze, Carnot) ce signe est pathognomonique.

La tumeur est facilement limitable, on peut lui imprimer des mouvements assez étendus dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens longitudinal. On devra la saisir le mieux possible en la prenant à l'aide de l'une des deux mains, et commander au sujet de se redresser, c'est-à-dire de s'asseoir dans son lit. Dans ce mouvement, tous les muscles pariétaux se contractent. Si, pendant cette contraction, oncherche à imprimer à la tumeur les mouvements qu'on lui faisait subir auparavant, on constate qu'ils sont impossibles ou tout au moins très limités. Il s'agit bien là d'une tumeur intra-pariétale.

En résumé, l'hématome superficiel se caractérise cliniquement par une douleur spontanée, violente, rétrocédant rapidement, par une tuméfaction douloureuse intra-pariétale, et par l'apparition tardive d'une ecchymose cutanée.

Hématomes Rétro-Musculaires

Tout autre est le tableau clinique des hématomes rétro-musculaires. Brusquement, à la suite d'un effort musculaire d'intensité très variable, le malade ressent une douleur très intense, en coup de poignard, dans la région abdominale, douleur qui ne tarde pas à s'accompagner de symptômes d'irritation du péritoine : vomissements alimentaires, muqueux et même bilieux ;

hoquet ; ballonnement du ventre ; arrêt des matières et des gaz ; température.

L'examen pratiqué dès le début des accidents montre de la contracture du grand droit avec hyperesthésie cutanée. Signes fonctionnels et physiques qui d'ordinaire traduisent cliniquement une irritation grave du péritoine.

Il est à remarquer que cet épanchement sanguin siégeant dans les couches les plus profondes de la paroi abdominale, au contact même du péritoine, peut être la cause d'une irritation de la face externe du péritoine se traduisant par les signes de péritonite sans qu'il y ait en réalité la moindre réaction inflammatoire du côté du revêtement séreux. Ainsi s'expliquent les syndromes péritonéaux provoqués par les plaies non pénétrantes de l'abdomen comme Jean Quénu en avait relaté neuf observations.

Suivant le siège de l'hématome, le tableau clinique est celui d'une appendicite, d'une cholécystite, d'une perforation viscérale, d'une torsion de l'épiploon ou d'un kyste de l'ovaire.

Ces troubles péritoniques graves se trouvent mis en évidence de façon particulièrement saisissante dans les observations de Hilgereiner, de Weitz (XXI) de Devé (XVI) observations que nous avons reproduites à la fin de notre travail.

La symptomatologie de ces hématomes est très polymorphe. Dans quelques observations (Kotzareff, Schumann, Pinner, et la nôtre) l'hématome se constitue par poussées successives. A la suite d'un léger traumatisme, la malade ressent une douleur assez vive qui se

calme rapidement. Quelques jours ou quelques semaines plus tard, surviennent les signes fonctionnels graves que nous venons de décrire.

Parfois, au lieu de simuler la péritonite, la symptomatologie simule l'inondation péritonéale ; le tableau clinique est celui de la rupture d'une grossesse ectopique.

Les signes cliniques de l'hématome spontané rétro-musculaire sont ceux d'une affection intra-abdominale grave. Toutefois ces symptômes alarmants de la période de début, qui souvent commandent une intervention chirurgicale immédiate, ne persistent pas. La douleur spontanée rétrocède rapidement. Il reste néanmoins une douleur au niveau de la tuméfaction, accompagnée d'une certaine gêne fonctionnelle lors de la contraction des muscles grands droits. Notre malade, quelques jours après sa crise, était dans l'impossibilité de se baisser.

A l'examen, la tuméfaction est facilement limitable, elle peut être mobilisée assez aisément, si l'on fait se contracter les muscles pariétaux la tumeur disparait sous la paroi, elle a le caractère d'une tumeur intra-abdominale.

En résumé, les hématomes rétro-musculaires se manifestent au début par une irritation du péritoine ; une fois constitués, ils se présentent comme une tumeur abdominale.

ÉVOLUTION

Quelle est l'évolution des hématomes du grand droit de l'abdomen ?

Cathelin a observé leur résorption spontanée en 10 à 15 jours, c'est en général l'évolution des petits hématomes.

La résorption peut ne pas s'effectuer, l'hématome subit alors une transformation kystique donnant le pseudo-kyste hématique de la paroi abdominale étudié par Damas.

Très fréquemment, à la suite d'une infection intestinale, utérine ou amygdalienne, l'hématome suppure. La fréquence de ces suppurations s'explique fort bien du fait que l'hématone est situé au niveau d'un muscle en activité permanente et considérable. Même dans les pyrexies graves, alors que tous les muscles sont en résolution, les grands droits ne cessent de se contracter, ils interviennent dans l'expiration, et dans le moindre effort. La vascularisation très développée, l'activité fonctionnelle importante, constituent un appel d'infection. Les abcès du grand droit de l'abdomen peuvent se comparer à l'abcès du grand pectoral dans certaines professions, abcès du grand pectoral des forgerons, par exemple (Clado Duplay).

Ces suppurations du grand droit présentent de formes : une forme aiguë et une forme lente.

Forme aiguë. — Au cours d'une maladie infectieuse, la suppuration de l'hématome se manifeste par des phénomènes douloureux d'une intensité caractéristique : Douleur abdominale intense que le moindre frôlement exagère, le malade reste nuit et jour les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes fléchies sur les cuisses : signe pathognomonique d'abcès aigu. L'examen est impossible tellement les douleurs sont violentes (observation de Pinner). La contracture des grands droits est intense, mais les mouvements du diaphragme sont normaux, les flancs sont souples. La peau est rouge, œdématiée, quelques jours après le début des accidents, la tuméfaction est fluctuante.

Forme lente. — Symptômes généraux et fonctionnels sont peu accentués, consistant en douleurs vagues, imprécises, dans la paroi abdominale. Les signes physiques de la tuméfaction sont avant tout caractéristiques.

La tuméfaction est arrondie, un peu douloureuse, de consistance parfois ligneuse, sans grandes modifications du côté des téguments. La fluctuation n'existe pas : on note un très léger œdème et un peu de rougeur de la peau. Ces signes font assez souvent défaut.

La tuméfaction est para-médiane, mobile dans le sens latéral, immobile dans le sens vertical. Elle se fixe lors de la contraction des muscles grands droits, devient même plus saillante si elle est prè-musculaire. Mais, si comme c'est le cas le plus fréquent, elle est rétro-musculaire, elle disparaît lors de la contraction du muscle.

Evoluant, la suppuration peut gagner la cavité de

Reztius, le tissu cellulaire sous péritonéal, ou bien envahir la gaine du côté opposé.

Dans certains cas, où la réaction fibreuse est intense, on observe de véritables phlegmons ligneux de la gaine des grands droits qui évoluent avec une extrême lenteur. Telle l'observation de Grant.

Poulain dans sa thèse sur l'hématome spontané du grand droit chez les hépatiques, souligne que, dans aucun des cinq cas qu'il rapporte, l'hématome n'a suppuré. Dans trois cas, il s'agit d'hématomes survenant à la phase terminale d'une cirrhose, et le malade meurt peu de temps après l'apparition de l'hématome. Dans le quatrième et le cinquième cas, le malade est opéré. Carnot rapporte deux cas d'hématomes chez les hépatiques : l'un de ces malades est un cirrhotique à la période terminale, l'autre guérit parfaitement sous l'influence du traitement médical. Il n'est pas possible de conclure de ces sept observations que l'hématome des hépatiques ne suppure pas.

La suppuration des hématomes spontanés du grand droit de l'abdomen paraît être très fréquente. Les observations d'abcès de la paroi abdominale consécutifs à des hématomes sont beaucoup plus nombreuses que celles d'hématomes non suppurés ; et bien souvent le diagnostic d'un hématome n'est fait que lors de sa suppuration.

DIAGNOSTIC

De même que pour la symptomatologie, il faut pour l'étude du diagnostic des hématomes du grand droit de l'abdomen, considérer d'une part les hématomes superficiels, d'autre part les hématomes profonds.

Le diagnostic d'un hématome superficiel est en général facile à poser: début brusque, douleur plus ou moins intense survenue à la suite d'un léger traumatisme, tumeur bien mobilisable latéralement, peu mobilisable verticalement. Sous l'influence de la contraction, la tumeur fait saillie et s'immobilise. Si l'on marque avec un crayon comme l'a indiqué Tillaux, le point le plus élevé de la tumeur, on constate que pendant les mouvements forcés d'inspiration, le point ainsi repéré ne se déplace pas. Il se déplace au contraire s'il s'agit d'une tumeur intra-abdominale. Le diagnostic s'impose si l'on constate une ecchymose sous cutanée dans la région correspondant à la tumeur.

Dans le cas d'hématome superficiel, le diagnostic est celui des tumeurs de la paroi de l'abdomen.

Le fibrome du grand droit n'a pas le début brutal de l'hématome. Il se développe d'ordinaire dans la région inguinale. C'est une tumeur qui est en connexion intime avec le muscle: si l'on attire vers soi la tumeur, si l'on cherche à l'énucléer, on sent le muscle se tendre. Enfin, caractère important, il survient presque exclusivement

chez des femmes en période d'activité sexuelle : sur cent observations de fibromes, quatre seulement concernent des hommes.

Le sarcome est rare à ce niveau. Sa consistance dure, son accroissement rapide, sa tendance à infiltrer le muscle en nappe, montrent rapidement qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

Le lipome de la paroi abdominale est exceptionnel. Il est toujours lobulé, il est mou, presque fluctuant, la graisse étant semi-liquide à la température du corps. L'application d'une vessie de glace pendant quelques minutes sur un lipome lui fait perdre sa pseudo-fluctuation.

Si la tumeur est rénitente, il convient de songer à la possibilité d'un kyste hydatique musculaire. On connaît une trentaine de cas de kystes hydatiques de la paroi abdominale dont un certain nombre siégeait dans le muscle grand droit. Le diagnostic exact n'a d'ailleurs jamais été fait avant l'intervention chirurgicale. Si on avait quelque raison de croire à un kyste hydatique, la recherche de l'éosinophilie, de la réaction de déviation du complément de Weinberg, de l'intradermo-réaction, viendrait préciser le diagnostic. La ponction exploratrice devra être évitée si l'on soupçonne un kyste hydatique. En tout cas, si elle donnait le liquide eau de roche carastéristique, elle devrait être suivie sur le champ, l'aiguille restant en place, d'une injection de formol à 2 % dans la poche hydatique.

Les gommes d'origine tuberculeuse ou syphilitique sont rares au niveau du muscle grand droit. Plaident en faveur de la gomme tuberculeuse, l'état d'imprégnation

bacillaire du malade, les manifestations tuberculeuses qu'il a déjà présentées. En cas d'antécédents spécifiques nets, de réaction de fixation du complément de Bordet-Wassermann positive, un traitement d'épreuve serait utilement institué.

L'angiome primitif du grand droit est une rareté. Angéletti n'en a relevé que quatre cas. De même l'actinomycose. Ce sont des éventualités tout à fait exceptionnelles dont pratiquement il n'y a pas lieu de tenir compte.

Si l'on a affaire à une tuméfaction rétro-musculaire, le diagnostic est beaucoup plus difficile à poser. Il n'est même que très rarement posé.

Les symptômes, nous l'avons vu, sont ceux du grand drame abdominal. Sur 41 observations colligées par Carey Culbertson, 12 fois le diagnostic envisagé est kyste de l'ovaire tordu ou grossesse ectopique ; 3 fois seulement le diagnostic était exact. Sur 8 observations d'hématomes spontanés survenus chez les vieillards, rapportés par Hilgereiner, les diagnostics portés sont : iléus 1 fois, kystes de l'ovaire tordu 4 fois, cholécystite 1 fois, appendicite 1 fois, étranglement herniaire 1 fois. C'est avec le diagnostic d'appendicite chronique avec crise récente que la malade de Kotzareff fut envoyée à l'hôpital où le diagnostic fut rectifié en celui de kyste de l'ovaire.

Dans presque toutes les observations, l'hématome est une découverte opératoire. A la période de début, la douleur violente, angoissante, les vomissements, l'hyperesthésie cutanée, la contracture des grands droits, le ballonnement du ventre avec arrêt des matières et des

gaz, font penser à une perforation viscérale ou à la torsion d'un organe intra-abdominal. Quelques facteurs étiologiques pourront faire pencher le diagnostic vers l'hématome du grand droit. Ce sont : le traumatisme à la suite duquel la douleur est survenue, la grossesse, certaines affections aiguës, telle la fièvre typhoïde, une affection chronique, telle la cirrhose ou l'artério-sclérose.

Sans doute, s'il s'agit d'un hématome, les signes subjectifs et objectifs s'amendent rapidement au point de disparaître complètement au bout de quelques jours. Mais, étant donné l'intensité des phénomènes locaux et généraux, leur ressemblance parfaite avec la perforation intestinale ou une affection grave intra-abdominale, la fréquence beaucoup plus grande des perforations viscérales que des hématomes, quel est le chirurgien qui accepterait la responsabilité d'attendre 24 ou 48 heures que son diagnostic se précise ?

La symptomatologie de la période de début n'est pas toujours aussi alarmante ou bien comme ce fut le cas pour notre malade, l'opération est différée.

Si l'hématome siège au niveau du tiers inférieur du muscle grand droit et s'il est petit, l'examen complet de la malade permettra de constater qu'il est isolé des organes génitaux internes ; il est sessile, accolé à la paroi abdominale antérieure. La main droite dans le vagin, appréciera la consistance élastique et le peu de mobilité de la tumeur que la main gauche placée sur l'abdomen poussera dans le petit bassin. On éliminera ainsi les affections de l'utérus et des annexes et l'appendicite.

Si l'hématome est volumineux, au point de remplir le

petit bassin, un examen gynécologique attentif s'efforcera de préciser si la tumeur est en relation quelconque avec les organes génitaux internes. L'absence de pédicule tendra à éliminer un kyste de l'ovaire.

Si l'hématome siège à droite dans le tiers supérieur du muscle grand droit, les diagnostics qui devront le plus se discuter seront ceux de cholécystite, de kyste hydatique du foie, de cancer du foie, de torsion de l'épiploon.

Quel que soit son siège, l'hématome pourra toujours simuler un gâteau de péritonite tuberculeuse.

Dans tous ces cas, dans la grande majorité des cas, le diagnostic est pratiquement impossible, et c'est l'intervention chirurgicale qui révèle l'hématome du grand droit de l'abdomen.

L'erreur de diagnostic dans ces cas n'a d'ailleurs qu'une minime importance, puisque l'intervention en même temps qu'elle redresse le diagnostic, guérit pour toujours le malade de l'affection dont il était atteint. Il convient toutefois de faire une réserve au sujet des hépatiques atteints d'hématome du grand droit. Chez un hépatique, une anesthésie générale peut toujours être dangereuse. Mais un chirurgien averti examine toujours les fonctions hépatiques et rénales de ses malades avant de décider une anesthésie générale.

Plus grave serait l'erreur de diagnostic qui consisterait à prendre une suppuration chronique consécutive à un hématome pour une tumeur maligne de la paroi, métastase pariétale d'un néoplasme viscéral. La dureté de la tuméfaction, les adhérences cutanées, ses limites imprécises, peuvent aisément prêter à confusion. Mais

dans le cas de sarcome de la paroi ou de métastase néoplasique, il n'y a pas de douleur ni de mouvement fébrile. Poser le diagnostic de métastase pariétale d'une néoplasie viscérale conduit à l'abstention opératoire, alors que l'incision jusqu'au point où l'on découvre l'abcès est la guérison de ces suppurations chroniques, complication des hématomes du grand droit de l'abdomen.

TRAITEMENT

En présence d'un hématome du muscle grand droit de l'abdomen, Cathelin se contente d'appliquer des pansements chauds et légèrement compressifs. L'hématome se résorbe spontanément au bout de huit ou dix jours. C'est le traitement que Carnot appliqua avec succès à son malade.

Laroyenne dit avoir obtenu de bons résultats par simple ponction de l'hématome.

Ces traitements simples ne sauraient convenir qu'à des cas bénins, De plus, ils supposent posé de façon certaine le diagnostic d'hématome du grand droit de l'abdomen. On ne pourra donc y recourir que dans le cas de petit hématome superficiel.

Nous avons vu que, dans le cas d'hématome rétro-musculaire, les symptômes sont souvent si alarmants qu'ils commandent une intervention immédiate : l'hématome est une découverte opératoire. En ce cas, le chirurgien, s'il a déjà incisé le péritoine, referme l'abdomen par un surjet séreux. L'aponévrose du grand droit mise à nu est incisée : l'hématome est découvert. On évacue les caillots, l'hémostase est pratiquée s'il y a lieu. Puis, fermeture de la poche hématique et de la peau sans drainage. Ce traitement est celui que nous avons appliqué à notre malade, il a pleinement réussi. C'est celui qui a été pratiqué dans la plupart des cas

d'hématome spontané. Les suites opératoires ont toujours été simples : tout au plus, comme dans l'observation de Kotzareff et dans la nôtre, a-t-on noté quelques jours après l'intervention une teinte ecchymotique des téguments. Jamais on n'a signalé de complications.

Quelques auteurs ont drainé la cavité hématique.

Hilgereiner a injecté de gélatine la cavité après l'avoir évacuée de ses caillots. Le résultat a été excellent. Mais outre la complication technique qu'elle entraîne, cette injection de gélatine n'est peut-être pas dépourvue de dangers. La gélatine est sans doute un bon hémostatique, mais insuffisamment stérilisée, elle peut renfermer des spores du bacille de Nicoläier. Les cas de tétanos consécutifs à des injections de sérum gélatiné ne sont pas des exceptions.

Pour écarter toute possibilité de récidive, Kotzareff conseille de pratiquer systématiquement la ligature du tronc de l'artère épigastrique qu'il fait sous anesthésie locale.

Étant donné l'évolution dramatique des hématomes rétro-musculaires, et le fait qu'ils sont souvent une découverte opératoire, nous croyons que le traitement de choix est l'incision de la cavité hématique avec évacuation des caillots, hémostase de l'artère épigastrique et de ses branches collatérales s'il y a lieu, et fermeture sans drainage. Ce traitement simple, rapide, donne de parfaits résultats.. Jamais on a signalé de récidive.

OBSERVATIONS

a) Observation personnelle

(Relevée dans le service de Chirurgie de M. le Professeur Agrégé Swynghedauw, à l'Hôpital de Seclin).

Mme P. . . âgée de 57 ans, se présentait le lundi 24 Novembre à la consultation de l'Hôpital de Seclin pour une tumeur de la région abdominale droite.

Le début de la maladie remontait à une dizaine de jours. Au cours de ses occupations, le vendredi 14 Novembre, elle avait ressenti une douleur vive dans l'abdomen, mais toutefois, après quelques minutes de repos, cette douleur, quoique persistante, s'était atténuée. Les jours suivants, la région était restée endolorie, mais la malade avait pu, comme à l'ordinaire, vaquer à ses occupations, et elle ne fit pas appel à son médecin... La guérison semblait complète lorsque subitement, dans la nuit du lundi 17 au mardi 18, à la suite d'une violente quinte de toux consécutive à une bronchite chronique, la malade éprouva une douleur atroce dans la région abdominale droite ! En même temps, elle ressentit un malaise général ; des sueurs profuses apparurent, et, peu après, des vomissements abondants qui, d'abord alimentaires, devinrent ensuite muqueux.

Un médecin, appelé d'urgence, trouva alors la malade dans un état syncopal, le teint pâle, le pouls rapide et

faible. A l'examen, il découvrit un abdomen tendu, de l'hyperesthésie cutanée, de la défense musculaire, et constata, dans la région para-ombilicale droite, l'existence d'une tumeur du volume du poing et excessivement douloureuse à la palpation. A la suite d'une injection de morphine, la douleur s'apaisa, mais la malade présenta encore des vomissements. Les jours suivants, l'hyperesthésie cutanée, la contracture et la tumeur douloureuse persistèrent, mais la malade ne vomit plus et ses selles furent sensiblement normales. Après quelques jours de repos au lit, les symptômes douloureux disparurent, il ne resta plus qu'une tumeur intra-abdominale accompagnée d'une certaine gêne fonctionnelle lors de la contraction des muscles grands droits: cette malade était dans l'impossibilité de se baisser.

A la consultation, nous nous trouvons alors en présence d'une femme d'état général apparemment normal. A l'examen de l'abdomen, on constate une paroi flasque, adipeuse, et l'existence dans la région sous-ombilicale et à droite d'une tumeur dure, à contours réguliers, douloureuse, du volume du poing, adhérente à la paroi abdominale, peu mobile. Lorsqu'on oblige la malade à contracter les muscles de sa paroi en la faisant asseoir, la tumeur disparaît à l'intérieur de l'abdomen et, par conséquent, semble ne pas faire partie de la paroi. Il n'existe pas de ganglions anormaux. L'examen des autres appareils est négatif. On remarque simplement, au point de vue pulmonaire, l'existence d'assez nombreux râles de bronchite.

En présence de ce tableau clinique, on élimine toute tumeur maligne, et on pense à une torsion épiploïque.

L'intervention est conseillée à la malade, et est pratiquée le 11 Décembre.

Laparotomie médiane sous ombilicale. L'abdomen est libre, et l'on se rend compte que la tumeur s'est développée dans la paroi. Fermeture de l'abdomen par surjet séreux, et points séparés sur le muscle. L'aponévrose du grand droit est mise à nu ; elle est incisée, et l'on découvre un volumineux hématome rétro-musculaire. Évacuation des caillots, hémostase et suture sans drainage. Suites opératoires normales, sauf l'apparition d'une large ecchymose les jours suivants.

Revue six mois après son départ de l'hôpital, notre malade est parfaitement guérie. La cicatrice opératoire est belle, non chéloïdienne, pas d'éventration. La paroi abdominale est absolument souple, il ne reste aucune trace de l'hématome.

Interrogée, Mme P... nous révèle que si elle tombe ou reçoit un léger choc sur le corps, elle présente immédiatement un bleu à la région heurtée. Lors d'une avulsion dentaire, elle fit une hémorragie importante. Nous avons indiqué au chapitre de la pathogénie, notre intention de pratiquer les recherches hématologiques classiques, recherches que malheureusement nous n'avons pas été autorisés à pratiquer. Dans les antécédents de notre malade, nous ne relevons rien d'intéressant à signaler, qui puisse présenter un intérêt étiologique ou pathogénique ; Mme P... ne fit pas de fièvre typhoïde, elle n'eut qu'un accouchement normal.

L'examen général de notre malade ne révèle rien de particulier. La pression artérielle est de Max. : 19, Min. : 10 à l'oscillomètre de Pachon ; mais notre malade

jusqu'ici, ne présente pas d'autre signe subjectif ou objectif d'hypertension artérielle.

b) **Observations résumées**

Nous publions ici 21 observations résumées qui ont servi à l'élaboration de notre travail.

I.

Observation de Bonnecaze.

D... âgé de 72 ans, cordonnier, fait au début de Février 1923 une grippe légère compliquée bientôt de congestion pulmonaire. La guérison s'effectue, mais le malade continue à tousser quelque peu. Le 25 Avril, quinte de toux particulièrement pénible, suivie d'une douleur violente, semblant avoir eu son maximum à droite et au-dessous de l'ombilic. Le malade s'alite. Dès le lendemain apparaît une tuméfaction dont le volume augmente pendant 8 jours, puis reste stationnaire et même tend à décroître. Un chirurgien expérimenté porte le diagnostic de kyste abdominal. Sur ces entrefaites, le malade va à Paris consulter le docteur Grégoire.

La douleur a disparu. Le malade ne conserve qu'une gêne fonctionnelle des plus minimes. Il peut marcher sans ressentir autre chose qu'un tiraillement.

A l'inspection, tuméfaction volumineuse, étendue du rebord costal au pubis, franchement fluctuante à la palpation.

Cette tumeur est matte, la contraction la fixe et fait disparaître la fluctuation.

Aucun sillon ne peut être senti sur le muscle.

Une ecchymose de la taille d'une paume de main s'étend au-dessus de la tumeur. On porte le diagnostic de rupture musculaire, avec hématome collecté en arrière du muscle.

A l'examen général, rien de digne d'être noté. Pas de Tabés, ni de syphilis artérielle.

Le temps de coagulation du sang est normal.

Intervention : on incise le muscle, l'hématome est évacué, aucune branche artérielle ne saignait. Point en U sur le muscle et l'aponévrose. Guérison.

II.

Observation de Blond.

Femme de 73 ans, obèse et asthmatique, au cours d'une quinte de toux, a ressenti une vive douleur dans l'hypochondre gauche, et a constaté une tuméfaction de la grosseur de la tête d'un enfant. Tuméfaction douloureuse, bien limitable, ne suit pas les mouvements respiratoires. Les téguments sont ecchymotiques à son niveau. On pose le diagnostic de tumeur intra-pariétale. Incision : on trouve une tumeur dans le grand droit, constituée par un amas de caillots noirâtres. Après évacuation, on constate une hémorragie par une branche de l'épigastrique. Ligature. Suture incomplète avec drainage. Guérison.

III.

Observation de Carey Culbertson.

Femme de 34 ans, mère de deux enfants de cinq et dix ans, mais non enceinte, jouait au golf, présente un

hématome de la gaine du muscle du côté droit, dans la partie sous-ombilicale. Intervention : infiltration ecchymotique des plans superficiels et caillots noirâtres.

Carey Culbertson rapporte une observation très courte de Carl Beck. — Femme obèse de 40 ans, mère de six enfants, qui, au cours d'une bronchite, à l'occasion d'un effort de toux, présenta un hématome de la partie supérieure de la gaine du grand droit qui fut pris pour une cholécystite.

IV.

Observation de Carnot.

Hématome survenant conjointement à une série d'hémorragies à la période terminale d'une cirrhose du foie avec diathèse hémorragipare et troubles délirants. Les ecchymoses étaient dues pour une part aux coups que se donnait le malade.

V.

Observation de Carnot.

« Homme de 50 ans, très actif, voyageant beaucoup pour ses affaires, et qui brusquement, en wagon, à la suite d'une quinte de toux, fut pris d'une violente douleur au niveau de la région hypogastrique droite. Rapidement se développa une tumeur de la grosseur de deux poings au niveau de la région hypogastrique droite. Le sujet se trouvant dans la région de Nantes, appela un médecin qui, en présence de cette tumeur à extension rapide,

ficela le malade comme un saucisson et l'expédia immédiatement sur Paris. La douleur s'était calmée, et c'est à pied que le malade vint me consulter deux jours après le début des accidents. A ce moment, il y avait bombant sous la peau, en verre de montre, dans la région hépatique, une vaste tuméfaction : la peau était de couleur normale, et sans ecchymoses. L'exploration des organes abdominaux était rendue difficile par la tuméfaction et un certain degré d'obésité. Il y avait subictère de la peau et des conjonctives, des varicosités du visage et une circulation veineuse abdominale compensatrice modérée. Plusieurs hypothèses furent envisagées : tumeur hépatique, précédemment méconnue, kyste hydatique, gomme. Cependant, la tumeur semblait superficielle et ne pas suivre les mouvements respiratoires ; elle semblait participer aux mouvements de la paroi. Le Professeur Lecène à qui fut adressé le malade, pensa à un hématome du grand droit dont il avait vu un cas peu auparavant chez un cavalier ».

Ce diagnostic fut confirmé par l'apparition au niveau de la peau, d'une zone ecchymotique discrète, qui montrait indubitablement qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin intra-pariétal.

L'ecchymose s'accentua les jours suivants, puis progressivement disparut en même temps que diminuait la tuméfaction qui disparut sans laisser de traces, sous la seule influence du repos et d'une légère contention abdominale. Le malade présente encore quelques troubles hépatiques et digestifs et une teinte subictérique des téguments.

VI.

Observation de Fothergill.

Femme de 57 ans qui fut prise subitement d'une violente douleur abdominale. Le médecin constate l'existence d'une volumineuse tumeur saillante au-dessus du pubis du côté droit. Mais deux jours après, couleur ecchymotique des téguments au niveau de la tumeur. En faisant contracter les muscles droits, la tumeur reste perceptible et est immobilisée. Ces symptômes permettent de poser le diagnostic d'hématome de la paroi abdominale. Il y avait en outre un kyste de l'ovaire. L'intervention permit d'évacuer l'hématome et d'extirper le kyste.

VII.

Observation de Grant.

Une femme fait une chute en 1909 sur la paroi abdominale. En Mars 1910 on note l'apparition d'une tumeur sus-pubienne. En Mars 1911, la tuméfaction augmente de volume. Le diagnostic porté est sarcome. On pratique une biopsie : tissu de granulation, lymphocytes, polynucléaires, injections de vaccin anti-saphylococcique sans résultat. Incision de la tumeur, on découvre un petit abcès derrière le muscle grand droit.

VIII.

Observation de Hilgereiner.

Femme de 56 ans. fait une grippe en 1922. Le 6 Janvier 1923, surviennent sans cause apparente des

douleurs brusques dans le bas-ventre avec syndrome de réaction péritonéale : vomissements, arrêt des matières et des gaz. On perçoit une tumeur dans l'étage inférieur de l'abdomen du côté droit, et l'on porte avec réserve le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

Une ponction exploratrice permet de retirer quelques gouttes de sang. A l'ouverture de la gaine du muscle grand droit, on constate qu'il s'agit d'un hématome que l'on évacue. Tamponnement de la cavité, injection de gélatine. Guérison.

Après l'opération, la malade a pu se rappeler que 4 jours auparavant, à la suite d'une quinte de toux, elle avait ressenti une douleur brusque dans la partie droite et inférieure de l'abdomen.

IX.

Observation de Kotzareff.

Femme de 42 ans, ayant eu 4 accouchements normaux dont deux grossesses gémellaires. Présente des douleurs violentes dans l'abdomen. Elle reste deux jours au lit. Les semaines suivantes, la malade est dans l'impossibilité de dormir en se couchant sur le côté droit: dans cette position, les douleurs réapparaissent. La malade ne se soigne pas. Un mois environ après la première crise, elle est prise subitement d'une douleur brusque qui, en dépit de ses efforts, la met dans l'impossibilité de quitter le lit. Le diagnostic posé est: appendicite avec crise récente.

Nous avons signalé au chapitre de la pathologie que cette malade présentait des signes objectifs et subjectifs

d'hypertension artérielle, ainsi que de légers troubles de la coagulabilité sanguine.

X.

Observation de Lenormant.

B..., Alice, 32 ans. — Quelques semaines après un accouchement à terme, apparition de douleurs vagues dans la région sus-pubienne. L'utérus est encore gros, en subinvolution, et l'on perçoit un peu au-dessus du pubis une tuméfaction dure, peu douloureuse, siégeant dans la paroi. La malade est presque apyrétique. Incision sur la ligne blanche, évacuation de pus coloré rougeâtre (hématome suppuré) contenu derrière le droit au-dessus du pubis. Drain retiré au bout de deux jours. Guérison. Une infection légère à point de départ utérin avait provoqué la suppuration de cet hématone.

XI.

Observation de Patel.

Femme de 53 ans atteinte depuis quelques jours d'un léger rhume. Elle ressent à l'occasion d'une quinte de toux une douleur violente dans la partie gauche de l'abdomen ; son état est d'emblée alarmant comme dans les grandes hémorragies.

Localement, on constate sur le bord interne du grand droit du côté gauche, une masse dure, volumineuse, douloureuse, allongée dans le sens vertical. On intervient immédiatement. Incision sus et sous-ombilicale, infil-

tration sanguine dans le tissu cellulaire. On ouvre la gaine du droit et l'on tombe sur une poche renfermant 3/4 de litre de sang avec caillots.

XII.

Observation de Devé (rapportée par Poulain).

Céline L..., 52 ans, éthylique, atteinte de cirrhose hypertrophique, arrivée à la phase d'insuffisance hépatique terminale. On note à droite, un peu au-dessus de l'ombilic, l'existence d'une masse indurée, du volume d'un œuf de poule. Cette induration ne suit pas les mouvements respiratoires; elle s'immobilise quand on met les muscles droits en contraction. Elle est pariétale. Cinq jours après, la zone pariétale indurée a nettement diminué de volume, quand la malade meurt.

XIII.

Observation de Halipré (rapportée par Poulain).

Femme de 55 ans, entre à l'hôpital pour ictère et bronchite. Trois semaines auparavant, elle commence à tousser un soir. Le lendemain matin, elle se réveille avec une douleur très intense dans la fosse iliaque droite. Dans les jours qui suivent, la douleur persiste, s'accentuant sous l'effet de la toux, puis apparaît une ecchymose très étendue; la tuméfaction s'accroît de jour en jour. Cette malade était atteinte d'une cirrhose de Laënnec arrivée à la phase d'insuffisance terminale et meurt environ deux mois après l'apparition de l'hématome.

XIV.

Observation de Loeper et Turpin (rapportée par Poulain).

Homme de 61 ans, éthylique, atteint de cirrhose hypertrophique, avec ascite, ictère et splénomégalie. Apparition au niveau de la face antérieure de la paroi abdominale, à gauche de la ligne médiane, de part et d'autre d'une horizontale passant par l'ombilic, d'ecchymoses sous-cutanées. La palpation permet d'apprécier les limites et la consistance d'une masse répondant à une hémorragie intra-musculaire. Aucun trouble fonctionnel n'avait attiré l'attention sur cet hématome avant l'apparition des ecchymoses. Deux jours après l'apparition de l'hématome, recrudescence des manifestations ictériques, délire et mort dans le coma.

Nous avons signalé au chapitre de la pathogénie les troubles de dyscrasie sanguine présentés par ce malade.

XV.

Observation de Jeanne et Devé (rapportée par Poulain).

Eugène H..., 34 ans, éthylique avéré, a constaté depuis quelques temps la présence dans la région de sa vésicule biliaire, d'une masse arrondie grosse comme un œuf, non douloureuse. Pas d'ictère ni de passé lithiasique. Pas d'ascite, très discrète circulation veineuse abdominale. Rate perceptible à la percussion.

Le diagnostic reste hésitant entre kyste hydatique du foie, cholécystite calculeuse, et de gomme hépatique. On se propose de demander à la radiographie et au traite-

ment d'épreuve un complément de renseignements. Mais le malade, impatient de se faire opérer, force la main du chirurgien : intervention : Hématome rétro-musculaire du tiers supérieur de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen, qui est évacué. Guérison.

XVI.

Observation de Devé (rapportée par Poulain).

Homme de 40 ans, alcoolique avéré, entre à l'hôpital pour abondante hématémèse qui, jointe à des douleurs gastriques très vives survenant après les repas, et aux vomissements fréquents accusés par le malade, avait fait porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Sous l'influence de la diète lactée, les troubles gastriques s'étaient rapidement amendés. Après quelques semaines de traitement on commençait à le réalimenter, lorsqu'un matin il fut pris d'une violente douleur au creux épigastrique.

La palpation de la région était impossible en raison de la douleur : on pensa immédiatement à une perforation de l'ulcère gastrique. Le malade fut opéré deux heures après le début des accidents.

Laparatomie sus-ombilicale. La peau incisée, on remarque incidemment la présence d'un hématome dans l'épaisseur du muscle grand droit, à gauche. Mais, étant donné le diagnostic posé, on ne s'arrête pas à ce détail. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule deux ou trois litres de liquide d'apparence ascitique. L'exploration de l'estomac, du duodénum, de l'appendice, devait rester négative.

Le malade mourait trois jours plus tard, avec un ictère d'origine indubitablement chloroformique.

Autopsie, hématome pariétal. Pas de perforation, ni d'ulcère de l'estomac ou du duodénum. Petit foie cirrhotique. La cirrhose avait provoqué des varicosités œsophagiennes qui avaient été la source de l'hématémèse qui avait fait penser à tort à un ulcère gastrique.

XVII.

Observation de von Renner.

Malade de 63 ans, prise brusquement et sans cause apparente de violentes douleurs abdominales. Elle présente à droite de la ligne médiane, entre la symphise et l'ombilic, une tumeur allongée, sensible à la pression. Au-dessous de l'ombilic la peau avait une coloration légèrement bleuâtre. Tous les muscles de la paroi étaient contracturés. Le diagnostic restait hésitant, et on intervint immédiatement. A l'incision, muscle droit friable et infiltré de caillots sanguins. Artère épigastrique intacte. Après évacuation, suture plan par plan. Guérison sans incident.

XVIII.

Observation de Schumann.

Femme de 42 ans IVpare, enceinte, se contusionne le côté droit de l'abdomen. Elle ressent une douleur aiguë qui disparaît rapidement, puis qui réapparaît de temps en temps durant la grossesse, sous forme de crise. Après l'accouchement, le cadran inférieur droit de l'abdomen

est le siège d'une tuméfaction manifeste. Trois mois après, apparition d'ascite, d'œdeme du membre inférieur droit, puis des deux membres, de dyspnée. Ponction de l'ascite. On constate une tuméfaction volumineuse qui bloque la fosse iliaque droite et semble développée dans les plans profonds de la paroi oedématiée. On croit à une tumeur maligne avec développement rapide et généralisation. Petite laparotomie négative qui vide l'ascite. Œdème et dyspnée disparaissent. Large laparotomie ou l'on constate que le péritoine pariétal est soulevé par une volumineuse tuméfaction développée dans l'épaisseur de la paroi avec une vaste ecchymose sous péritonéale. Il s'agit d'un hématome du muscle grand droit. L'artère épigastrique est rompue.

XIX.

Observation de Sjoklen.

Femme secondipare qui dans les derniers jours de la gestation à l'occasion d'un effort brusque pour s'asseoir, éprouve de violentes douleurs dans la région sus pubienne. Au bout de quelques jours se développe une tuméfaction étendue à gauche de la ligne médiane. A l'incision, hématome rétro-musculaire de la gaine du grand droit gauche.

XX.

Observation de Weitz.

Femme de 38 ans. Après un faux pas, violentes douleurs abdominales avec vomissements. Les douleurs persistent, et une tumeur apparaît, de la taille de la tête d'un

enfant. On pense à une tumeur génitale, et on intervient: hématone de la gaine du grand droit qui est évacué et drainé. Guérison. Cette femme avait eu cinq accouchements pénibles.

XXI.

Observation de Weitz.

Femme de 68 ans, atteinte d'aortite, présente des douleurs violentes dans la région vésiculaire, accompagnées de vomissements ; température : 38°3 et on sentait nettement une tumeur plus grosse que le poing, douloureuse. On pense à une cholécystite aiguë que l'on chercha à refroidir. A l'intervention, hématome de la gaine du grand droit que l'on évacue. Guérison.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,
VANVERTS

Vu : Le Doyen,
Ch. DUBOIS

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie,
CHATELET

BIBLIOGRAPHIE

MM.

ABELIN..... Un cas d'hématome de la paroi abdominale au cours de la grossesse. — Zentralblatt fur Gynécol, 1er Mars 1930.

ANGELETTI... Angiome primitif du muscle grand droit de l'abdomen. — La Chirurgica de li gorgani da movimento 1922, Vol. VI, fasc. 3 et 4 pages 449-459.

BAUEREISEN.. Hématome spontané de la paroi abdominale (Zentralbl. Gynak. 45, 12 Mars 1921).

BLOCK..... Hématome spontané de la paroi abdominale à poussées successives. (Deutsche Ztschr. f. chir. Leipzig, Avril 1926, Tome CXCV Fasc. 3).

BLOND ..... Sur l'hématome de la paroi abdominale des vieillards. (Deutsche Zeitschrift fur chirurgic. Leipzig, Tome CLXXXVIII, Fasc. 3-4, Nov. 1924).

BONNECAZE .. A propos d'un hématome du grand droit de l'abdomen. (Paris-Médical. An XIII, Numéro 34, 25 Août 1923).

BOPPE..... Hématome et abcès de la paroi abdominale antérieure. (Journal de Chirurgie 1922-1, Page 245).

BORDJESCHKI. Rupture sous-cutanée de la paroi abdominale latérale. (Zentralblatt fur Chirurgic. an. LII, Num. 9, 28 Fév. 1925).

BROERTJES... Un cas d'hématome d'origine spontanée de la paroi abdominale. (Nederl. Tefdschr. V. Geneesk. Harlem. 20 Fév. 1926, page 768-771).

CAREY CULBERTSON. Hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen : sa signification en obstétrique et en gynécologie. (The journal of the American Association, Chicago, vol. IXXX, N° 24, 12 Décembre 1925).

CARNOT ..... Hématome du grand droit des hépatiques. (Paris-Médical, an. XIV, N° 20, 17 Mai 1924).

CATHELIN.... Contribution à l'étude de l'hématome traumatique sus-pubien du grand droit de l'abdomen chez les jeunes cavaliers. (Progrès Médical Paris N° 1, 4 Janvier 1920).

CHALIER et VALLERY. Rupture du grand droit de l'abdomen, consécutif à un hématome suppuré au cours de la fièvre typhoïde. (Lyon Médical, 6 Nov. 1927).

DAMAS ..... Tumeur kystique sanguine de la paroi abdominale. (La Gynécologie 1899, T. IV, P. 282).

MM.

Dambrin..... Hématome suppuré du grand droit de l'abdomen produit par une douve. (Archives Médicales de Toulouse, T. XIX, N° 21, P. 470, Novembre 1912).

Denecks .... Hématome spontané de la paroi abdominale. (Zeitschrift fur Chirurgic. Leipzig 213, P. 159-162, an. 1929).

Fothergill.. Hématome de la paroi abdominale simulant un néoplasme pelvien. (The British Médical Journal Londres, N° 3413, 5 Juin 1926).

Fraenkel ... Hématome du muscle grand droit de l'abdomen. (Munich. Med. Wochenschrift N° 15, P. 822, an. 1911).

Gellert..... Hématome de la paroi abdominale. (The British Médical Journal Londres, N° 3417, 3 Juillet 1926).

Goïnard..... Sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen : quelques points d'anatomie chirurgicale. (Annales d'anatomie pathologique, N° 6, Juin 1929).

Grant ..... Phlegmon ligneux de la paroi abdominale. (Journal of the American Médical Association 1913, N° 5).

Guilani..... Considérations cliniques sur les hématomes et les collections suppurées de la paroi abdominale. (Archivo italiano di chirurgico Bologne, Vol. 14, Fasc. 2, Septembre 1925).

Halperin.... Hématomes spontanés de la paroi abdominale. (Surgery. Gynéc. and obstétrics, Déc. 1928, P. 861-863).

Henneberg.. Hématome de l'artère épigastrique. (Gynécologia Helvétic 1916, Vol. XVI, P. 187).

Herlyn ..... Hématome de la paroi abdominale. (Der Chirurgic., Vol. 2, P. 267-274, 15 Mars 1930).

Hermans .... Rupture et hématome du muscle grand droit de l'abdomen. (Néderlandsch Tijdschrift voor geneeskunde, an. CXIX, vol. 1, N° 5, 31 Janvier 1925).

Hilgereiner. Hématome spontané de la paroi abdominale chez les vieillards. (Beitr. Klin. Chir. Tome CXXIX, Fasc. 3, Pages 700-702, 1925).

Jentzer..... Anévrisme de l'artère épigastrique droite. (Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 8, Août 1920).

Kenwell.... Hématome spontané de la paroi abdominale. (New-York State Médecine 1er Octobre 1929, Fasc. 4, N° 29).

Kolde ..... Un cas d'hématome traumatique de la paroi abdominale. (Zentralblatt für Gynak, N° 52, 3 Mars 1928).

Kotzareff... Rupture spontanée de l'artère épigastrique. (Lyon Chirurgical, Septembre-Octobre 1921).

MM.

Leas..... Myosites des muscles droits de l'abdomen et affections abdominales aiguës. (The American Journal of the Medical Science Philadelphie, Vol. CLXXIII, N° 2, Février 1927).

Lejars..... Exploration clinique et diagnostic chirurgical.

Lichtenstein. Hématome de la paroi abdominale survenu spontanément au cours de l'accouchement (Zentrenblatt fur Gynakologie, Leipzig, T. XLVI, N° 4, 28 Janvier 1922).

Leoper et Turpin. Volumineux hématome du grand droit et du psoas. Complication ultime d'une hépatite chronique hypertrophique (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 27 Juillet 1923).

» » Hématomes musculaires et insuffisance hépatique (M^de Méd. 15 Septembre 1923).

Matthaeus.. Un cas de tumeur traumatique inflammatoire de la paroi abdominale. (Thèse Munich, Janvier 1909).

Maxwell.... Hématome spontané de la paroi abdominale chez les femmes (California and West. Méd. 30. P. 407-410, Juin 1929).

Merle..... Hématome du grand droit au début de la fièvre typhoïde. (Société Médicale d'Amiens, 4 Février 1914).

Meyer..... Abcès primitif de la paroi abdominale. (Interstate Médical Journal, T. XVI, N° 4, Avril 1909).

Patei..... Rupture spontanée du muscle grand droit avec hémorragie artérielle consécutive. (Presse Médicale, N° 39, 12 Juin 1920).

Percy Malpas. Hématome spontané du muscle grand droit de l'abdomen. (The British Médical Journal, N° 3624, 21 Juin 1930).

Perman..... Hématome de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. (Acta Chirurgica Scandinavica, Tome LIV, Fasc. 5, 29 Avril 1922).

Pochhammer. Quatre cas d'hématome traumatique de la paroi abdominale antérieure. (Deutsche Militarärtz Zeitschrift cité par Boppe).

Poulain..... L'hématome spontané du grand droit de l'abdomen chez les hépatiques. (Thèse Paris 1924, N° 109).

Princeteau... Hématome traumatique du muscle grand droit de l'abdomen. (Société Anatomo-Clinique de Bordeaux, 8 Janvier 1911 et 30 Janvier 1911).

Pujol..... Abcès de la paroi abdominale à para typhique B. (La Province Médicale Paris, T. XXV, N° 52, 28 Décembre 1912).

MM.

Von Renner. Un cas d'hématome spontané de la paroi abdominale chez le vieillard (Zentrenblatt fur Chirurgic, Leipzig, an. VI. N° 9, 1er Mars 1924).

Riche, Fayot et Soulas. Hématome de la gaine du grand droit par traumatisme minime, en rapport probable avec le diabète. (Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 7 Mars 1931).

Rollin..... Des hématomes intra-musculaires dans les leucémies myéloïdes. (Thèse Lyon 1908-1909).

Romantzeff.. Sur les ruptures des muscles grands droits de l'abdomen pendant la gymnastique (Voïenno méditzin Ky. Journal St-Pétersbourg, T. CCXXXVII, N° 4, Août 1913).

Rosendahl .. Deux cas d'hématomes spontanés infectés. (Méd. Rev. Bergen 44. P. 112-119, Mars 1927).

Sabrazes .... Myosites aiguës typhoïdes et para-typhoïdes. (Archives Françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique, Fasc. II, 1922).

Schumann ... De la rupture de l'artère épigastrique. (The American Journal of obstétrics, Octobre 1919, T. XXX, N° 4).

Sickora ..... Abcès de la paroi abdominale dû à la migration de vers intestinaux. (Presse Médicale 1905, N° 17).

Sjöklen..... Cas d'hématome du grand droit au cours de la grossesse. (Zentralblatt fur Gynakologic, N° 41, 1906).

Streissler .. Cas rare d'abcès symétrique de la paroi abdominale consécutif à la fièvre para-typhoïde. (Wien Klinisch Wochenschrift 1917, N° 21).

Silberstein .. Hématome traumatique de la paroi abdominale. (Wien med. Wihns. Chr. 78, 11 Février 1928).

Stewart .... Rupture de la paroi abdominale post-opératoire et spontanée. (The British Médical Journal, N° 2682, 25 Mai 1912).

Swynghedauw et Gest. Hématome spontané de la paroi abdominale (Nord Médical, 1er Juin 1931).

Tapie..... Thèse Toulouse 1920-21, N° 14.

Trofinoft... Pathogénie et diagnostic des Hématomes spontanés. (Vestnik Khir 19. P. 286-294, 1930).

Verneuil.... Gazette Médicale de Paris 1855, Page 524 et Archives de Médecine Janvier-Février 1877.

Vogt ..... Sur un hématome de la paroi abdominale paru au cours de l'accouchement. (Zentralblatt fur Gynakologic, T. XXXVII, N° 13, 29 Mars 1913).

MM.

WEHIK..... Sur les affections inflammatoires et hématomes de la paroi abdominale antérieure. (Acta chirurgica scandi navia Stockholm, 25 Juillet 1928. Vol. LXIII, Fasc. 6).

WEITZ ..... L'hématome spontané de la paroi abdominale. (Deutsche Médizinische Wochenschrift, Berlin, an. LII, N° 9, 26 Février 26).

WENGEBAUER. Hématome de la paroi abdominale et abcès consécutif à l'extra-péritonéalisation des trompes. (Zentralblatt fur Gynakologic Leipzig. an. LII, N° 9, 3 Mars 1928).

WERTHMANN.. Un hématome du muscle grand droit de l'abdomen simulant une tumeur ovarienne. (Zentralblatt fur Gynakologic, Leipzig, an. LII, N° 1, 7 Janvier 1928).

WIENER..... Un cas d'hématome de la paroi abdominale simulant une tumeur conjonctive. (The American Journal Obstétrics and diseases of women and children. Vol. LXI, N° 1, Janvier 1910 et Académie de Médecine de New-York section obstétrique et gynécologie, 28 Octobre 1909).

ZIELKE ..... L'hématome spontané de la paroi abdominale dans la vieillesse. (Der Chirurg. Berlin, 1er Juillet 1930).